REPUBLIQUE DE GUINÉE
Travail-Justice-Solidarité

MINISTERE DE LA SANTÉ

DIRECTION NATIONALE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DE L'HYGIENE HOSPITALIERE

CADRE DE SUIVI EVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS

Version 2, août 2017

Ont contribué à l'élaboration du document :

1. Dr Fodé Badara Conté, DNEHHH, MS
2. Dr Kader Camara, Directeur Général HR Mamou
3. Dr Emmanuel Roland Malano, DNSC, MS
4. Dr Mamadou Diallo, Directeur Général HR Faranah
5. Dr Tidiane Barry, Directeur Général HR Boké
6. Professeur Mandiou Diakité, Président CHS CHU Donka
7. Dr Diarra Falivogui, Directeur Général Adjoint HR Labé
8. Dr Ditinn Cissé, Directeur Général CMC Ratoma
9. Dr Antoine, Chargé d'hygiène à la DRS de Kindia
10. Dr Alpha Oumar Diallo, Chef section soins, DNEHHH, MS.
11. Dr Aboubacar Sylla, Chargé D'hygiène à la DSVCO
12. Mme Adama Hawa Diop, CMC Coleah.
13. Dr Mamadouba Soumah, CHS, CHU Ignace deen
14. Dr Ibrahima Sidibé, CHS, HR Kankan
15. Dr Mamoudou Camara, Biologiste HR Kankan
16. Dr Karamba Sylla, Service des maladies infectieuses, CHU Donka
17. Dr Thierno Alimou Barry, POSTBOGUI
18. Dr Foly Mohamed Kassory, Service Pédiatrie, CHU Ignace Deen
19. Dr Zézé Béavogui, CMC de Ratoma
20. Dr Mohamed Seydouba Camara, CMC de Ratoma
21. Dr Djamilatoiu Diallo, DRS de Kankan
22. Professeur Moussa Koulibaly, Directeur Général Adjoint, CHU Ignace Deen
23. Mme Segot-Chicq Sandrine, Expertise France
24. Dr Bienvenu Houndjo, OMS
25. Dr Malal Diallo, Jhpiego
26. Dr Abdoulaye Diallo, Jhpiego
27. Dr Siré Camara, Jhpiego
28. Mr Aly Doumbia, Jhpiego
29. Dr Pierre Kouroumah, Jpiego
30. Dr Alphonse Nomou Kpoghomou Expertise France
31. Dr Jean-Paul Ngandu-Mbanga, Consultant HSI

REMERCIEMENTS

A tous les cadres du Ministère de la Santé qui ont collaboré à l'amélioration de ce document ;
A tous les experts/PTF qui ont bien voulu accompagner le Ministère de la Santé pour la révision de ce document particulièrement l'Organisation Mondiale de la Santé, Jhpiego, et Expertise France.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS ii
LISTE DES ABREVIATIONS iv
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES v
PREAMBULE vi
INTRODUCTION 1
I. OBJECTIFS DU SUIVI EVALUATION 3
II. PRINCIPES GENERAUX DU SUIVI EVALUATION 4
III. ORGANISATION DU SUIVI EVALUATION 5
IV. CADRE LOGIQUE DU SUIVI EVALUATION 8
IV-1 Cadre logique de suivi et évaluation National de la PCI 8
IV-2 Indicateurs clés 17
V. CADRE INSTITITONNEL DU SUIVI EVALUATION 21
VI. LES INSTANCES DE COORDINATION 22
ANNEXES 26
BIBLIOGRAPHIE 42

LISTE DES ABREVIATIONS

AES	*Accident d'Exposition au Sang*
ATB	*AntiBioTique*
CAT	*Conduite à tenir*
CHS	*Comité d'hygiène et de Sécurité*
CHU	*Centre Hospitalo-Universitaire*
CMC	*Centre Médical Communal*
DBM	*Déchets Bio-Médicaux*
DNEHHH	*Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et Hygiène Hospitalière*
DNSC	*Direction Nationale de la Santé Communautaire*
DPS	*Direction Préfectorale de la Santé*
DRS	*Direction Régionale de la Santé*
DSVCO	*Direction de la Santé de la Ville de Conakry*
EPC	*Equipement de Protection Complémentaire*
GAP	*Le manque à combler*
GDBM	*Gestion des déchets Biomédicaux*
HSI	*Health Star International Inc*
HR	*Hôpital Régional*
ICSHA	*Indicateur de suivi des consommations de solutions hydro-alcooliques*
IN	*Infection nosocomiale*
Jhpiego	*Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics / Programme Johns Hopkins pour l'éducation internationale en gynécologie et obstétrique*
MS	*Ministère de la Santé*
OMS	*Organisation Mondiale de la Santé*
OPCT	*Objet Piquant Coupant et Tranchant*
PAO	*Plan d'Action Opération*
PCI	*Prévention et Contrôle des Infections*
PF	*Planification Familiale*
PF	*Point Focal*
POI	*Plan Opérationnel Intégré*
POSTEBOGUI	*Prospect and Follow-up Study of Surviving Patients from Ebola in Guinea-Re(vivre) après Ébola : accompagnement et suivi des patients déclarés guéris d'une infection par le virus Ébola en Guinée*
PV	*Procès-verbal*
SHA	*Solution Hydro-Alcoolique*
SRAS	*Syndrome Respiratoire Aigu Sévère*
USI	*Unité de Soins Intensif*
VHB	*VIRUS de l'Hépatite B*

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

1 Liste des tableaux

Tableau 1 : cadre logique de suivi et évaluation de la PCI
Tableau 2 : synthèse des indicateurs clés de la PCI

2 Liste des figures

Figure 1 : prévalence des IAS dans les pays en développement
Figure 2 : schéma de la démarche du suivi évaluation

PREAMBULE

Le présent « cadre de suivi évaluation de la Prévention et Contrôle des Infections » décrit les principes généraux, l'organisation et le rôle des structures dans le suivi évaluation de la prévention et du contrôle des infections. Il propose un système unique de suivi-évaluation prenant en compte tous les acteurs susceptibles d'intervenir dans le cadre de la Prévention et Contrôle des Infections avec une description des rôles et des responsabilités dévolues à chaque niveau de la pyramide sanitaire y compris les structures sanitaires privées, confessionnelles et de l'armée.

Il est destiné à aider à la mise en œuvre du suivi évaluation des activités du programme de la Prévention et Contrôle des Infections et pourra lui servir de tableau de bord. Il réunit les points de vue exprimés par les acteurs appartenant à différent niveaux de la pyramide sanitaire guinéenne.

Nous espérons que ce document répondra à vos attentes et vous donnera l'envie et le soutien pour poursuivre la lutte contre les Infections Associées aux Soins (IAS) aux bénéfices du personnel de santé et de la population Guinéenne.

INTRODUCTION

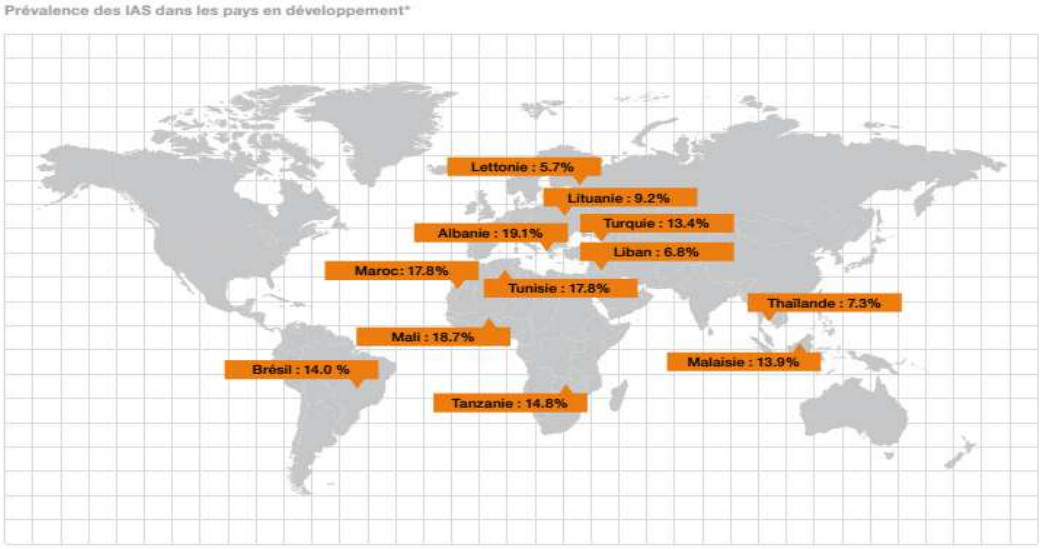
Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de celle-ci. Lorsque l'état infectieux, au début de la prise en charge, n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une infection nosocomiale (IN) ou infection associée aux soins (IAS). Toutefois, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas, la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection.

Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins, les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention. Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas, la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause.

Les infections associées aux soins (IAS) touchent des centaines de millions de patients dans le monde chaque année. Ces infections sont à l'origine de pathologies graves, de prolongements de la durée du séjour dans les établissements de soins, d'invalidités à long terme, de coûts personnels importants pour les patients et leurs familles, de charges financières supplémentaires élevées pour les systèmes de santé, et pire encore, de la perte tragique de la vie. Les IAS sont un problème, transversal, largement méconnu ou sous-estimé, qu'aucun établissement de soins ou aucun pays ne peut prétendre avoir résolu.

Dans les pays développés, les IAS concernent 5 à 15% des patients hospitalisés et peuvent affecter 9 à 37% des patients admis en unités de soins intensifs (USI). Des études récentes conduites en Europe ont rapporté des taux de prévalence hospitalière de patients ayant contracté des IAS de 4,6% à 9,5% (figure 1).

Dans les pays en développement, les difficultés habituelles de diagnostic des IAS, tels que la pénurie et le manque de fiabilité des données de laboratoire, l'accès limité à des équipements de diagnostic comme la radiologie, et la tenue inadéquate des dossiers médicaux sont autant d'obstacles qui compliquent l'évaluation des conséquences des IAS. De ce fait, peu de données sur les IAS dans ces pays sont disponibles dans la littérature. Des études de prévalence réalisées sur une journée dans des hôpitaux en Albanie, au Maroc, en Tunisie et dans la République Unie de Tanzanie ont montré que les taux de prévalence des IAS étaient compris entre 14.8% et 19.1%.



* Références dans la Partie I.3 des *Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins (2009).*

Source : Organisation Mondiale de la Santé. Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins, 2010

Figure 1 : Prévalence des IAS dans les pays en développement

En Guinée, les conséquences réelles des infections associées aux soins n'ont pas précisément été mesurées, mais on estime qu'elles représentent de 10 à 25 % des admissions des hôpitaux du secteur public.

Les personnels soignants peuvent également contracter une infection lors des activités de soins aux patients. La transmission peut se faire dans la prise en charge de plusieurs maladies comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la maladie à Virus Ebola (MVE), la maladie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B et l'hépatite bactérienne, y compris la tuberculose, au personnel soignant, est également bien connue. Avec l'émergence de nouveaux agents pathogènes et la résistance aux antibiotiques, les infections associées aux soins sont en train de devenir de plus en plus problématiques. Face à cette situation, le Ministère de la Santé en collaboration avec les partenaires techniques et financiers ont entrepris de nombreuses démarches positives, mais la mise en œuvre des pratiques/mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) est confrontée à de nombreuses difficultés telles que le manque d'infrastructures cohérentes, le manque d'eau potable, l'assurance de la pérennité d'équipement de protection individuelle, ainsi qu'un déficit en matière de ressources humaines.

Pour apporter des solutions à ces différents problèmes, le Ministère de la Santé en collaboration avec ses partenaires (OMS, Jhpiego, Expertise France) ont décidé de réviser le document de cadre de suivi- évaluation des activités du programme PCI.

I. OBJECTIFS DU SUIVI EVALUATION

1. Objectifs généraux

Le système de suivi-évaluation entre dans un cadre global du programme national de Prévention et Contrôle des Infections. Il vise à :

- Mettre en place un plan de suivi et évaluation efficient et performant pour le programme de Prévention et Contrôle des Infections en Guinée Conakry ;
- Contribuer à la réduction des infections associées aux soins.

2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de ce plan de suivi sont :

- Appuyer la mise en œuvre d'une planification opérationnelle
- Renforcer la coordination des activités de PCI à tous les niveaux ;
- Assurer le suivi des activités de Prévention et Contrôle des Infections
- Assurer le suivi de la disponibilité des équipements de protection individuelle ;
- Appuyer le suivi du fonctionnement des comités d'hygiène et de sécurité ;
- Superviser l'actualisation des directives techniques en matière de prévention contre l'infection ;
- Evaluer l'impact des formations en PCI du personnel de santé ;
- Evaluer la performance des structures de santé.

II. PRINCIPES GENERAUX DU SUIVI EVALUATION

1. Unicité du Système de Suivi et de l'évaluation

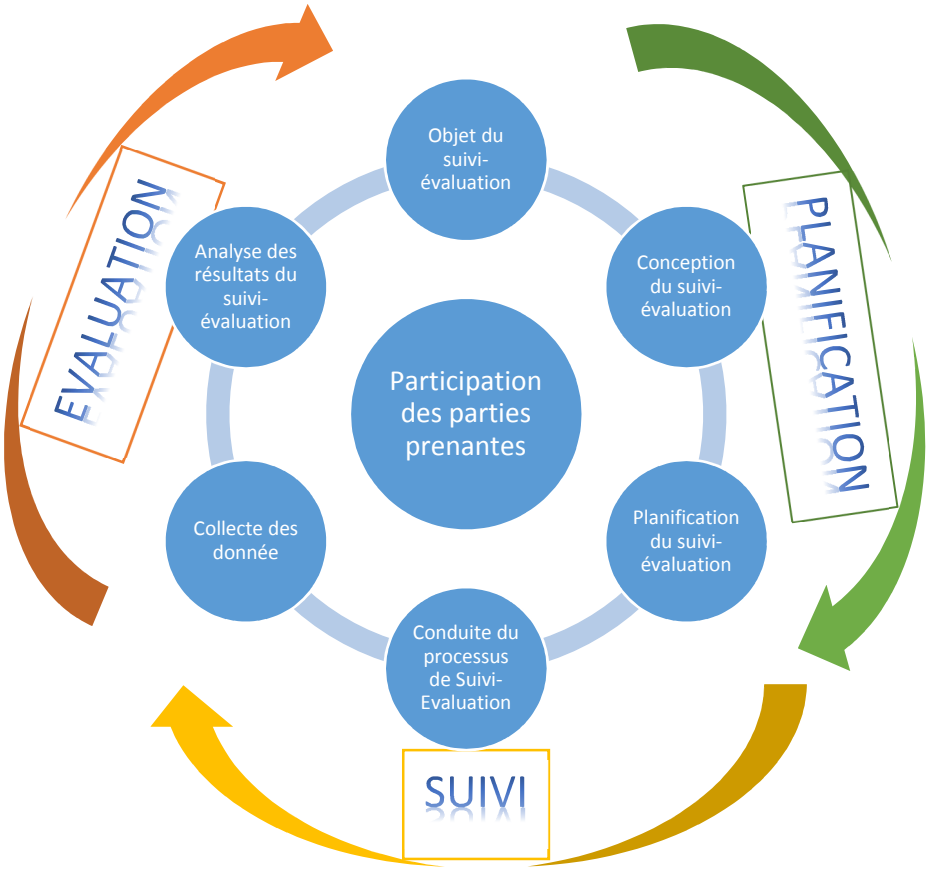
Le programme de Prévention et Contrôle des Infections a été initié avec un nombre important d'intervenants qui ont participé dans la riposte contre Ebola et qui s'activent autour ce programme. Il est primordial de veiller à ce que la mise en œuvre du système de suivi évaluation soit unique à tous les niveaux. A cet effet, un Plan Opérationnel budgétisé Intégré sera mis en vigueur chaque année, pour contenir les priorités des interventions définies impliquant toutes les parties prenantes.

2. Appropriation du système de suivi évaluation

Le suivi évaluation sera sous la responsabilité nationale à tous les niveaux du système de santé ; préfectoral, régional et national.

3. L'utilisation d'une démarche normalisée du suivi évaluation

La démarche du suivi évaluation dans le cadre de la PCI sera conformée à une logique standard comprenant les éléments suivants :



Source : adapté du Guide de la planification, du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats du développement ; PNUD, 2009.

Figure 2 : schéma de la démarche du Suivi évaluation

III. ORGANISATION DU SUIVI EVALUATION

1. La Planification

La planification doit être intégrée pour permettre d'atteindre les résultats du programme de Prévention et Contrôle des Infections et de faciliter la mise en œuvre du plan de suivi-évaluation. Les activités de PCI devront être transcrites sous forme de Plan Opérationnel Intégré (POI) élaboré annuellement dont le contenu sera actualisé pour tenir compte des réalisations et des leçons tirées de l'année précédente. Le Plan Opérationnel Intégré annuel sera préparé avec les parties prenantes dans le cadre de groupes de travail sectoriels, et présenté pour discussion aux Forums des partenaires et des réunions de coordination.

L'Unité de Suivi-Evaluation National sera chargée de sa finalisation, qui tiendra compte des observations et des propositions des partenaires pour sa validation par les Forums des partenaires, tout au début de l'année considérée. Le POI annuel contiendra des budgets détaillés relatant les ressources nécessaires pour la réalisation de chaque activité. Toutes les activités appuyées ou directement entreprises par les partenaires dans le cadre de la Prévention et Contrôle des Infections devront être inscrites dans ce POI qui servira de document de référence dans la coordination des activités et la mobilisation des ressources auprès des partenaires.

Ce plan opérationnel permet de suivre et d'assurer la convergence de toutes les interventions vers la Prévention et Contrôle des Infections, d'identifier les domaines d'activités qui nécessitent plus de positionnement par les acteurs et de voir les allocations de ressources correspondantes.

Niveaux de Planification

Dans le but de favoriser l'appropriation et la responsabilisation des actuels plans nationaux, la planification sera faite à quatre niveaux : central, régional, préfectoral et opérationnel.

- **Au niveau central**

  Il est élaboré au niveau central un PAO intégré qui constituera un cadre de référence pour la coordination et la planification des partenaires/parties prenantes, ensuite, il devra contenir toutes les activités appuyées ou directement entreprises par les partenaires dans le cadre de la PCI. Cette planification devra prendre en compte les plans d'action du niveau Régional afin de mieux répondre aux besoins du terrain.

- **Au niveau régional**

  La planification régionale se réfèrera aux objectifs nationaux et à la planification des préfectures validées, chaque région définit sa contribution en termes d'objectifs régionaux et planifie des activités permettant de les atteindre pour l'année considérée. Ainsi, chaque région permet d'améliorer son niveau de performance en matière de PCI.

- **Au niveau préfectoral**
  Chaque préfecture devra, sur la base des plans d'actions validés du niveau opérationnel procéder à une planification annuelle des activités de PCI. Cette planification sera transmise au niveau régional et aux partenaires pour approbation ensuite financement. Cette planification devra aussi prendre en compte les aspects de suivi évaluation.
- **Au niveau opérationnel**
  Chaque Comité d'Hygiène et de Sécurité sur la base des analyses situationnelles devra procéder à l'élaboration d'un plan d'action budgétisé qui sera transmis aux niveaux supérieurs pour qu'ils puissent les prendre en compte dans leur planification annuelle. A ce niveau également des activités ponctuelles non programmées pourront être menées selon les réalités du terrain.

2. Le suivi

Il s'agit de l'examen quotidien, périodique de routine des activités en cours d'exécution et des indicateurs y afférant. Il s'intéressera essentiellement à la mesure des performances. Le suivi financier pourra faire l'objet d'un autre document. Le suivi pourra être considéré comme le tableau de bord qui fournit régulièrement des informations sur le fonctionnement du programme de PCI.

3. L'évaluation

L'évaluation est un examen épisodique des réalisations générales. Elle permettra de mesurer objectivement l'impact (résultats) attribuable à l'intervention du programme, de façon annuelle. Elle intervient après un délai et nécessite des investigations plus approfondies en matière PCI.

4. Les activités de suivi et d'évaluation

Les activités à mener seront spécifiques à chaque niveau et dépendront des fonctions régaliennes dévolues à chacun d'entre eux. Cependant il ne s'agira pas d'un cloisonnement par niveau mais plutôt d'une continuité, avec des échanges d'informations et de partage de données permanents entre les différents niveaux. Tout au long de la mise en œuvre, il existera donc une rétroactivité entre les différents niveaux ; ce qui permettra à ceux-ci d'apporter des modifications au programme en cas de besoin.

- **Au niveau opérationnel**
  Le suivi au niveau opérationnel sera assuré par les Comités d'Hygiène et de Sécurité qui auront à leur charge d'assurer la supervision mensuelle des prestataires de soins de santé en ce qui concerne l'application des Précautions Standard et Complémentaires avec un focus sur :
  (i) L'observation de l'hygiène des mains du personnel et des autres utilisateurs (Annexe 4) ;

(ii) La conformité du tri des DBM (Annexe 1), le respect des mesures de protection standard et complémentaire. Les outils élaborés par l'OMS à cet effet seront utilisés. Ces observations se feront mensuellement, les résultats seront compilés dans des tableaux de suivi des indicateurs (Annexe 2) et partagés en interne lors des réunions mensuelles dont les conclusions et recommandations seront transmis aux autorités sous préfectorales et préfectorales. Il faut également noter que les informations devront être transmises au niveau supérieur.

- **Au niveau préfectoral**

  Sous l'autorité du Directeur Préfectoral de Santé, les équipes cadres de district seront chargées de veiller localement à :

  (i) Appliquer des recommandations du niveau central en ce qui concerne les mesures administratives ;
  (ii) Appuyer les Comités d'Hygiène et de Sécurité dans l'élaboration de leur plan d'actions et la mise en œuvre des actions correctrices ;
  (iii) Organiser des réunions de restitution au niveau régional où les performances, les points forts et les points faibles des sites seront partagés ;
  (iv) Formuler des recommandations en vue de la correction des GAP ;
  (v) Aider à l'élaboration d'un plan de résolution des GAP ;
  (vi) Procéder à la fin de chaque trimestre au niveau préfectoral lors d'une supervision formative à l'évaluation des sites et à la fonctionnalité des Comités d'Hygiène et de Sécurité. En cas de besoin, des supervisions non programmées pourront être menées en vue de répondre aux exigences d'une situation particulière.

- **Au niveau Régional**

  La Direction Régionale aura pour activités de :

  (i) Superviser les préfectures semestriellement en passant en revue toutes les activités de PCI ;
  (ii) Avoir une vue holistique de ces dernières et de procéder à une évaluation semestrielle du programme de Prévention et de Contrôle des Infections ;
  (iii) Organiser des réunions de restitution au niveau régional où les performances, les points forts et les points faibles des sites seront partagés ;
  (iv) Formuler des recommandations en vue de la correction des GAP ;
  (v) Aider à l'élaboration d'un plan de résolution des GAP identifié.

- **Au niveau central**

  La structure du niveau central aura pour mandat de :

  (i) Superviser au moins deux fois durant l'année toutes les activités de PCI au niveau régional;
  (ii) Discuter des difficultés de la mise en œuvre ;
  (iii) Organiser des réunions de restitution au niveau régional où les performances, les points forts et les points faibles des sites seront partagés ;

(iv) Formuler des recommandations en vue de la correction des GAP ;
(v) Aider à l'élaboration d'un plan de résolution des GAP identifiés.

IV. CADRE LOGIQUE DU SUIVI EVALUATION

IV-1 Cadre logique de suivi et évaluation National de la PCI

Le cadre logique du Suivi et Evaluation des activités de PCI comprend les étapes devant conduire à l'appréciation des résultats obtenus dans la mise en œuvre des activités. Il repose sur des indicateurs qui vont permettre de mesurer le degré de mise en œuvre des activités du programme de Prévention et Contrôle des Infections.

Tableau 1 : Cadre logique de suivi et évaluation de la PCI

Activités PCI	Indicateurs	Méthode de vérification	Niveau de collecte	Risques
Objectif général : Aider les prestataires de soins de santé ainsi que les superviseurs, responsables et administrateurs à comprendre les principes fondamentaux de la PCI et les méthodes et pratiques recommandées à cette fin.				
Objectifs spécifiques 1 : garantir la sécurité du personnel et des patients à travers le respect des Précautions Standard				
A1 ***: Hygiène des mains***				
Résultat attendu				
Tous les prestataires pratiquent correctement une hygiène des mains selon le standard	% de services disposant d'une source d'eau courante potable fonctionnelle[1] à des points de prestation	Observation directe	Structure de soins (les services et les unités de soins)	Panne ou rupture d'approvisionnement en savon
	% de services utilisant de dispositif fonctionnel[2] de solution chlorée à 0,05% en période épidémique	Observation directe, fiche de stock de chlore	Structure de soins (les services et les unités de soins)	Rupture de chlore, Mauvaise dilution, mauvaise conservation de la solution chlorée
	% de services utilisant la SHA sur les sites de prestation de soins selon le protocole	Observation directe	Structure de soins (les services et les unités de soins)	Rupture d'approvisionnement
	Taux de consommation de la SHA (voir fiche annexe 6)	Fiche de traçabilité (fiche de stock, bon de commande de livraison, fiche de consommation, rapport de monitorage)	Structure de soins (les services et les unités de soins)	L'absence et/ou non remplissage des fiches,
	% des services disposant des affiches sur le lavage des mains à l'eau et au savon, la friction à la SHA et les 5	Observation directe	Structure de soins (les services et les unités de soins)	Non disponibilité ou insuffisance des affiches

[1] Fonctionnelle : présence d'eau potable, de savon.
[2] Fonctionnel : kit chlore avec respect strict de la durée d'utilisation de la solution chlorée.

	indications à l'hygiène des mains aux points de prestation			
A2. Port et retrait des gants				
Résultat attendu				
Tous les prestataires enfilent et retirent correctement les gants	% de prestataires enfilant et retirant les gants selon les standards	Observation directe Quick-audits	Les services et les unités de soins	Rupture de gants
	Disponibilité d'un stock de gants dans la structure sanitaire pour au moins un mois.	Observation directe Revue des outils de gestion	Structure sanitaire	Rupture de stock de gants
	Disponibilité de gants au point de prestation dans les services.	Observation directe Revue des outils de gestion	Les services et les unités de soins	Rupture de stock de gants Absence d'aire de stockage
A3 : Port de blouses et de tabliers imperméables				
Résultat attendu				
Tous les prestataires portent des blouses appropriées et/ ou des tabliers imperméables selon les cas.	Existence de blouses et tabliers imperméables pour tout le personnel selon la catégorie socio professionnelle.	Observation directe Revue des outils de gestion	Structure sanitaire	Rupture de stock de blouse et ou de tablier Existence d'un seul type de blouse.
	% de prestataires portant les blouses et les tabliers imperméables selon les standards et suivant les cas	Observation directe	Les services et les unités de soins	Manque de formation Non disponibilité des blouses ou tablier.
***A4 :* Gestion sécuritaire des aiguilles et autres objets perforants**				
Résultat attendu				
Tous les prestataires respectent les normes et procédures de gestion sécuritaire des aiguilles et	Disponibilité des Boites de sécurité pour OPCT dans la structure pour au moins un mois.	Observation directe Revue des outils de gestion	Structure sanitaire	Rupture de stock en boite de sécurité

autres objets perforants et tranchants				
	Disponibilité des Boites de sécurité pour OPCT aux points de prestation	Observation directe	Les services et les unités de soins	Rupture de stock en boite de sécurité
	% des services ou unités gérant les OCPT selon les standards	Observation directe	Les services et les unités de soins	Rupture de stock en boite de sécurité
A5 : Gestion des déchets				
Résultat attendu				
Les prestataires, les usagers et la communauté sont protégés contre les risques liés aux déchets biomédicaux	% de prestataires formés chargés de la gestion des déchets.	Rapport de formation	Structure de soins	Manque de formation des agents de santé.
	Disponibilité des équipements, matériels et consommables pour la gestion des déchets	Observation directe Outils de gestion	Structure de soins	Rupture de stock
	Existence d'un site de stockage intermédiaire sécurisé de déchets	Observation directe	Structure de soins	Absence de site de stockage Site défectueux
	Existence d'un site de stockage final sécurisé de déchets	Observation directe	Structure de soins	Absence de site de stockage Site défectueux
	% des services de soins disposant des affiches sur la GDBM	Observation directe	Services et ou Unités de soins	Insuffisance d'affiche Affiches défectueuses
	% de services disposant de poubelles munies d'un sac plastique de couleur et étiquetées	Observation directe		
	% de sites disposant d'un incinérateur fonctionnel	Observation directe	Structure de soins	Absence d'incinérateur Panne d'incinérateur

	% de sites disposant d'une fosse à déchets fonctionnelle	Observation directe	Structure de soins	Absence de fosse a déchets
A6 : Nettoyage de l'environnement				
Le risque infectieux dans l'environnement de travail du personnel et les usagers est réduit	Disponibilité des produits et du matériel de nettoyage.	Observation directe Revue des outils de gestion	Structure de soins	Rupture de stock de produit matériel de nettoyage
	% d'agents d'entretien formés au bio nettoyage	Rapport de formation	Structure de soins	Manque de formation des agents. Insuffisance de ressources humaines.
	% d'agents d'entretien observant les Précautions Standard lors du nettoyage	Observation directe	Structure de soins	Manque de formation des agents. Insuffisance de ressources humaines.
A7 : Gestion du linge				
Les linges sont correctement gérés selon les normes et procédures.	Existence d'une buanderie au sein de la structure	Observation directe	Structure de soins	Absence de buanderie
	% de prestataires de buanderie formés à la gestion du linge	Rapport de formation	Structure de soins	Manque de formation des agents. Insuffisance de ressources humaines.
	% des prestataires de buanderie qui gèrent le linge en observant les Précautions Standard	Observation directe Revue des outils de gestion	Buanderie	Manque de formation des agents. Insuffisance de ressources humaines.
	Disponibilité des intrants pour la gestion du linge	Observation directe Revue des outils de gestion	Structure de soin	Rupture de stock
A8 : Traitement du matériel				
Le matériel réutilisable est traité selon les normes et procédures	Disponibilité du matériel et des produits phytosanitaires (détergents, désinfectants, brosse, bac de nettoyage…)	Observation directe Revue des outils de gestion	Structure de soin	Rupture de stock

	Présence de protocole affiché sur le traitement des instruments	Observation directe	Service et ou unité de soins	Manque d'affiche Affiches défectueuses
	% de sites disposant d'un autoclave fonctionnel	Observation directe Revue du registre de stérilisation	Structure de soins	Panne d'autoclave Absence d'autoclave
	% prestataires formés à la stérilisation	Rapport de formation	Structure de soins	Manque de formation
A9 : Accidents avec exposition au sang et aux autres liquides biologique				
La prise en charge des cas d'AES et aux autres liquides biologiques est assurée selon le protocole	% des services ou unités de soins disposant de protocole affiché sur la CAT face aux AES et autres liquides biologiques	Observation directe	Service et ou unité de soins	Manque d'affiches Affiches défectueuses
	% de prestataires connaissant la CAT face aux AES	Interview des prestataires	Service et ou unité de soins	Manque de formation des prestataires
	Présence d'un agent référent pour les AES et autres liquides biologiques	Note de service/ acte de nomination	Structure de soins	Manque de formation des prestataires
	Disponibilité de kit de prise en charge des AES	Observation directe	Structure de soins	Absence de kit Péremption du kit
	% de prestataires ayant été vaccinés contre l'HB	Carnet de vaccination	Service et ou unité de soins	Rupture de vaccins Inaccessibilité des vaccins
***A10 :* la surveillance des infections associées aux soins IAS**				
Les données liées aux IAS sont collectées périodiquement	Taux de suppurations sur interventions programmées (ISO)	Registre d'hospitalisation Registre bloc opératoire Registre du compte rendu opératoire Dossier des malades Fiche de collecte des infections du site opératoire	Structure de soins	La sous notifications des IAS Absence de données

	Taux de suppurations sur interventions urgentes (ISO)	Registre d'hospitalisation Registre bloc opératoire Registre du compte rendu opératoire Dossier des malades Fiche de collecte des infections du site opératoire	Structure de soins	La sous notifications des IAS Absence de données
	Prévalence des IAS au sein de la structure	Enquête de prévalence Dossiers des patients Registre de consultation	Structure de soins	La sous notifications des IAS Absence de donnée
	Taux d'utilisation des antibiotiques chez les patients admis dans la structure	Registre consultation, ordonnance du malade Dossier du malade Registre bloc opératoire	Structure de soins	La sous notifications des IAS Absence de donnée
Objectifs spécifiques 2 : Assurer la mise en place de Précautions Complémentaires face à un risque infectieux de type gouttelette, air et/ou contact				
Les prestataires de soins et les usagers sont protégés contre les risques d'infection de type contact, gouttelette et/ou air (bavettes, lunettes, écran/masque facial ou visière)	Disponibilité de stock EPC complémentaire pour une période d'au moins un mois.	Inventaire Fiche de stock	Magasin de stockage des produits	Rupture de stock
	% de prestataires observant l'application des Précautions Complémentaires selon les cas (contact, gouttelette et/ou air).	Observation directe	Prestataires en activité et usagers Services et unités de soins	Manque de formation Difficulté de changement de comportement
	% des structures disposant d'une salle répondant aux normes liées aux affections respiratoires	Observation directe	Structure de soin	Absence de salle répondant aux normes
	% patients souffrant d'affection pulmonaire portant un masque de protection respiratoire.	Observation directe	Salle d'hospitalisation	Rupture de stock Manque de sensibilisation des patients
	% de structures disposant d'une salle d'isolement	Observation directe	Structure de soins	Absence de salle.

Objectif spécifique 3 : Améliorer la gestion et la coordination des interventions sanitaires				
Les interventions sanitaires sont coordonnées par niveau selon les normes.	% de structures disposant d'un CHS fonctionnel	Acte de nomination PV de réunion PAO	Structure de soins	Absence d'acte Non tenue des réunions
	% de structures disposant d'un PF de PCI	Note de service	Structure de soins	Absence d'un PF
	% de CHS ayant réalisés leur PAO	PAO	Structure de soins	Absence de PAO Insuffisance de ressources
	% de réunions de concertation et coordination réalisées	PV de réunion	Hôpitaux-DPS-DRS	Manque de leadership
	Nombre de supervisions réalisées par niveau.	Rapport de supervision	Structure de soin	Absence de ressource Interférence des activités
Objectif spécifique 4 : Améliorer les compétences et connaissances du personnel en PCI				
La formation du personnel de santé en PCI est assurée	% de prestataires formés en PCI de base	Rapport de formation Registre de démonstration pratique	Structures de soins (services et direction)	Qualité de la formation, absence et/ou de registre de démonstration
	% du personnel de santé ayant bénéficiés de l'encadrement durant les trois derniers mois	Rapport d'encadrement	Structures de soins	Interférence des activités
Objectif spécifique 5 : Améliorer la qualité des services				
Les compétences de PCI/ hygiène hospitalière pour tout le personnel de santé sont pratiquées selon les normes et procédures	% des structures ayant atteint le seuil de performance requis.	Rapport d'évaluation	Structure de soins	Absence de formation Difficulté de changement de comportement Insuffisance d'équipement et d'intrant de PCI.
Objectif spécifique 7 : Améliorer le dispositif de triage dans les structures de soins				

Toutes les structures de soins disposent d'une unité de tri fonctionnelle	% de structures de soins ayant une unité de tri fonctionnelle[3]	Observation directe	Structure de soins	Absence d'espace Défaut architectural

[3] Fonctionnelle: unité avec personnel, outil et matériel (thermo flash, registre, fiche de tri …)

IV-2 Indicateurs clés

Au cours de la mise en œuvre du suivi, chaque niveau s'intéressera à des types d'indicateurs précis.

Le niveau opérationnel s'intéressera à des indicateurs **d'impact,** il aura donc à mener une évaluation sommative. Il s'intéressera plus au comportement des prestataires de service, la promotion de l'hygiène des mains dans l'établissement et les outils seront ceux du Ministère de la Santé, de l'OMS comme l'outil de la stratégie multimodale pour la promotion de l'hygiène des mains (annexe 5). Une inscription des structures de soins pour la promotion de l'hygiène des mains est ouverte sur : Site OMS, lien: http://www.who.int/gpsc/5may/fr/ Rubrique: Encouragez les inscriptions à la campagne de promotion de l'hygiène des mains - en anglais. La méthodologie la plus utilisée pour la promotion de l'hygiène des mains sera l'observation directe des prestataires.

- **Le niveau préfectoral** s'intéressera aussi bien aux indicateurs **de processus** qu'aux indicateurs de résultats. Il assurera le suivi et l'évaluation de l'impact et des résultats qui pourront être confrontés aux résultats du niveau opérationnel en vue d'apporter des correctifs dans la méthodologie des observations ; mais également à celui du fonctionnement du cadre institutionnel, notamment le fonctionnement des comités d'hygiène et de sécurité, entre autre sera évalué : (i) le respect du planning des observations et des réunions des comités ; la formalisation des plans d'actions ainsi que leur niveau d'exécution etc… (annexe 3)
- **Les niveaux (Régional et Central**) s'intéresseront **aux résultats** de processus et veilleront à la bonne mise en œuvre du programme, dans les différentes préfectures. Néanmoins en vue d'assurer la qualité des résultats et de procéder à une triangulation entre les résultats des différents niveaux, ils pourront par moment procéder à des observations directes des prestataires de soins. Ils utiliseront les grilles de supervision de la direction des établissements de soins et de l'hygiène hospitalière, ministère de la santé et les standards de performance pour les mesures de prévention des infections du ministère de la santé.

Tableau 2 : Synthèse des indicateurs clés de la PCI

Indicateur	Méthode de calcul	Méthode de collecte	Source	Fréquence
Niveau opérationnel				
Taux de réalisation des réunions du CHS	Nbre de réunions réalisées par le CHS/Nbre de réunions prévues par le CHS	PV de réunions	Collecte des PV de réunion	Trimestrielle
Taux d'observance de l'hygiène des mains	Nbre d'hygiène des mains réalisée/Nbre d'opportunités observées (Annexe 4)	Observation directe	Grille d'évaluation Hygiène des mains	Mensuelle
Taux de consommation de la SHA par service	Volume en litre de SHA consommée/nbre de jrs d'hospitalisation X 0,018 + nbre de consultations X 0,006 + nbre d'accouchements X 0,024 x 100 (Annexe 6)	Fiche de traçabilité SHA, cahier de suivi de consommation SHA en fonction du monitorage	Outil de gestion	Semestrielle
% de prestataires respectant le port des gants selon les standards	Nbre de prestataires utilisant les gants selon les procédures/Nbre total de prestataires réalisant l'acte	Observation directe Quick-audits (annexe 7)	Rapport d'évaluation	Mensuelle
Taux d'observance d'un port correct de la tenue professionnelle	Nbre de prestataires portant une tenue professionnelle /Nbre total de personnel de la structure	Observation directe	Rapport d'évaluation	Mensuelle
Taux d'observance respectant le port du masque selon les standards du masque	Nbre de prestataires portant et retirant le masque selon les procédures/Nbre total de personnel observé	Observation directe Quick-audits (annexe 8)	Rapport d'évaluation	Mensuelle

Taux d'observance du remplissage correct des boites de sécurité OPCT	Nbre de boites de sécurité remplies au 3/4/Nbre total de boites de sécurité utilisées	Observation directe	Rapport d'évaluation	Mensuelle
Taux de conformité du tri des déchets	Nbre de service/unités de soins faisant correctement le tri/Nbre total de structures observées	Observation directe	Rapport d'évaluation	Hebdomadaire
% d'agents d'entretien observant l'application des Précautions Standard lors d'un bio nettoyage	Nbre d'agents observant l'application des Précautions Standard lors du bionettoyage/Nbre total d'agents observés lors d'un bionettoyage	Observation directe	Rapport d'évaluation	Mensuelle
% des prestataires de buanderie observant l'application des Précautions Standard lors de la gestion du linge	Nbre de prestataire de buanderie observant l'application des PS lors de la gestion du linge /Nbre total de prestataires observés	Observation directe	Rapport d'évaluation	Mensuelle
Taux de suppuration sur intervention urgente (ISO)	Nbre de suppurations/ Nbre d'interventions urgentes	Registre d'hospitalisation, Dossier des malades	Rapport de monitorage	Semestrielle
Taux de suppuration sur interventions programmées (ISO)	Nbre de suppurations/ Nbre interventions programmées	Registre d'hospitalisation, Dossier des malades	Rapport de monitorage	Semestrielle
Taux d'utilisation des antibiotiques chez les patients admis dans la structure	Nbre de patient sous ATB/Nbre total de patients admis.	Registre d'hospitalisation, Dossier des malades, Ordonnance	Rapport de monitorage	Semestrielle
Taux de Prévalence des IAS au sein de la structure	Nbre d'IAS/Nbre total de patients enquêtés un jour donné.	Enquête de prévalence, Dossiers des patients, Registre de consultation	Rapport d'enquête	Annuelle

Niveau DPS et DRS				
% CHS fonctionnels	Nbre total de CHS fonctionnels /Nbre total de CHS des structures	PV de réunions, PAO en cours d'exécution	PV de reunions	Trimestrielle
Taux de réalisation des PAO des structures de santé	% des activités réalisées des PAO de l'ensemble des structures / % des activités prévues des PAO de l'ensemble des structures	Analyse des Rapports d'activités	Rapports d'activités	Trimestrielle
% de structures qui disposent d'une unité de tri fonctionnelle	Nombre d'unités de tri fonctionnelles/ Nbre total de structures	Grille d'évaluation des unités de Tri	Rapport d'évaluation	Trimestrielle
% d'incinerateurs fonctionnels	Nbre d'incinerateurs fonctionnels /Nbre total d'incinerateurs observés	Observation directe	Rapport d'évaluation	Trimestrielle
% de sites disposant d'une fosse à déchets fonctionnelle	Nbre de sites disposant d'une fosse à déchets fonctionnelle/nbre de sites observés	Observation directe	Absence de fosse à déchets	Trimestrielle
Niveau central				
Taux de Performance de la structure	% des structures ayant atteint le seuil de performance (75 %) /% des structures évaluées	Analyse des rapports d'encadrement	Rapport d'encadrement	Semestrielle

V. CADRE INSTITITONEL DU SUIVI EVALUATION

Le cadre institutionnel précise les organes et les structures impliqués dans la mise en œuvre de la politique et précise pour chacun, son rôle et ses missions afin de coordonner efficacement les actions.

1. Rôles et responsabilités par niveau

- **Le niveau National** pourra assurer le suivi et évaluation à travers l'unité nationale de la PCI à travers le comité consultatif mis en place à cet effet. Ce comité sera chargé de descendre sur le terrain pour superviser les autres niveaux et leur apporter un appui technique dans la mise en œuvre. Il aura également pour rôle de planifier les réunions de coordination nationale, et de revues des données.

- **Le niveau régional**, à travers le responsable régional de la PCI, aura pour mission d'assurer le suivi et l'évaluation des interventions en matière de Prévention et Contrôle des Infections ainsi que de procéder à une planification régionale des activités en vue de rendre opérationnel au niveau régional les stratégies de Prévention et Contrôle des Infections. Il devra aussi analyser les écarts par rapport aux objectifs régionaux et proposer des mesures correctrices à travers le comité régional de suivi évaluation.

- **Le niveau préfectoral** en plus des activités de la région qu'il déroulera à l'échelle préfectorale, devra assurer le coaching des Comités d'Hygiène et de Sécurité au bon déroulement des plans d'actions.

- **Au niveau opérationnel :** les Comités d'Hygiène et de Sécurité serviront de lien entre les niveaux supérieurs et les prestataires. Et ils auront pour mission d'assurer l'évaluation de l'impact sur les pratiques des prestataires, d'exprimer les besoins de la structure en terme de formation et d'équipement.

Le Forum des partenaires devra servir de cadre formel de concertation et servir de plateforme d'échanges. Il devra également faciliter et appuyer les efforts de mobilisation des ressources du Gouvernement, accroître l'engagement et la motivation des partenaires surtout dans le contexte de Post Ebola et financer les activités de suivi du programme.

2. Les Structures de mise en œuvre de suivi Evaluation

- **Au niveau national**
- **Comité national multidisciplinaire et multisectoriel sur la qualité et la sécurité des soins**

✓ **Composition :** Sous la présidence du Ministère de la Santé, il comprendra les cadres de la DNHES, DNHP, DNPSC, PCG et des Représentants des Départements de l'Environnement.

✓ **Missions :** définition et suivi de la politique nationale en matière de qualité et sécurité des soins

- ✓ **Fonctionnement :** réunion annuelle sur présentation du rapport annuel produit par la DNEHS en collaboration avec les directions techniques concernées

- **Equipe nationale de coordination**

  Elle est constituée par :

- ✓ Un coordinateur : Médecin de santé publique/gestionnaire du système de santé ;
- ✓ Des membres : Médecin, infirmier expérimenté dans les soins, hygiéniste expérimenté dans l'hygiène de l'environnement de soins, informaticien et personnel de soutien qui assureront les visites sur le terrain ainsi que l'élaboration des rapports d'activités.

- **Les Niveaux régional et préfectoral**
- **Comité régional/préfectoral multidisciplinaire et multisectoriel formé par:**
- ✓ Le Responsable de la PCI (par niveau)
- ✓ L'équipe régionale et de district comprenant un médecin hospitalier, un infirmier et un hygiéniste.

  Ce comité assurera les supervisions en PCI des structures se trouvant dans la zone de responsabilités de la région ou de la préfecture.

- **Le Niveau Opérationnel**
- Au niveau opérationnel les **Comités d'Hygiène et de Sécurité (CHS**) auront un rôle primordial a joué, leur création est basée sur la note circulaire ministérielle N°1416/DPSC/DPLM/014 en date du 29 Juillet 2014 et adapté à la taille et aux ressources humaines de chaque établissement public ou privé.

  Le comité aura pour rôle : (i) de procéder à l'analyse situationnelle, (ii) d'élaborer un plan d'actions, (iii) de le transmettre aux autorités préfectorales et à tous les partenaires susceptibles d'apporter un appui financier ou technique pour la mise en œuvre du plan, (iv) de répartir et d'organiser le travail entre les groupes de travail, (v) de veiller à l'application des recommandations techniques par les prestataires, (vi) de superviser les prestataires et de les appuyer pour une meilleure application des mesures d'hygiène, de produire des rapports d'activité et (vii) de se réunir mensuellement afin d'évaluer le plan d'actions et d'y apporter aux besoins des réajustements.

  Chaque réunion du Comité d'hygiène et de Sécurité devra être sanctionnée par un PV de réunion conforme au modèle mis à sa disposition.

VI. LES INSTANCES DE COORDINATION

Il existe déjà au niveau du Ministère de la Santé Guinéen des instances aussi bien au niveau local que national permettant d'assurer le suivi, la coordination et l'évaluation des activités. Ces dernières seront utilisées pour assurer le suivi et l'évaluation de la Prévention et du Contrôle des Infections.

Au Niveau Central

Au niveau central, les principales instances sont les suivantes :

- **Le Conseil de Cabinet** Il a pour objectif d'informer sur les principales orientations du gouvernement, de renforcer les liaisons entre les membres de la Direction du Département, d'adopter les principales orientations relatives à l'organisation et au fonctionnement des services. Participent au conseil de cabinet : le Ministre, le Secrétaire général, les membres du cabinet, les Directeurs Nationaux et les chefs des services d'appui ; Le conseil de cabinet se tient tous les 15 jours et est présidé par le Ministre de la santé.

- **La réunion de Cabinet:** elle a pour objectif d'assurer le suivi régulier des activités en cours, de coordonner les activités de différentes Directions, organismes et services et de requérir l'avis des cadres sur le fonctionnement du département et les principaux problèmes qui se posent. Les participants à la réunion de cabinet sont outre les membres statutaires du conseil de cabinet, les chefs de divisions centrales, les inspecteurs de la santé, les chefs des projets et programmes, le Directeur de la santé de Conakry, les Directeurs des 3 hôpitaux nationaux, les représentants des ordres professionnels, les Assistants techniques, les chefs de services rattachés, le directeur de la PCG et les organismes partenaires, Faculté de Médecine - Pharmacie - Odontologie, Syndicat. La périodicité de la tenue des réunions de cabinet est bimensuelle et est présidée par le Ministre de la santé.

- **Le Comité de coordination des Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la** santé (CCBFSS). Les rencontres du CCBFSS visent les objectifs ci-après :
  - Procéder à une information réciproque entre le gouvernement et les PTF - Promouvoir une participation accrue des partenaires extérieurs dans le financement de la santé,
  - Coordonner, harmoniser, suivre et évaluer les interventions des différents bailleurs et les réajuster en cas de besoins,
  - Examiner les contraintes et les difficultés qui entravent la bonne exécution des projets financés par les bailleurs.

- **Le comité technique de coordination** Il a pour mission de coordonner et de suivre les activités des services centraux, des projets et des programmes de développement sanitaire, d'assurer le suivi de l'exécution des décisions prises lors de ses instances. Le comité technique de coordination est présidé par le Secrétaire Général et comprend : les Directeurs des services centraux du Ministère, les chefs de projets et programmes, les représentants des Ministères de l'Administration territoriale, des finances, du budget et les représentants des bailleurs de fonds, Le comité technique de coordination se tient à une périodicité semestrielle et est présidé par le Secrétaire Général.

- **La revue des activités du Ministère de la santé et des services déconcentrés** Elle a pour mission de définir les éléments de la politique sanitaire nationale et les principales

orientations organisationnelles, institutionnelles et opérationnelles qui leur sont rattachées, d'évaluer la mise en œuvre de l'impact des activités sanitaires. Les participants à la revue annuelle des activités sont les membres statutaires du Conseil de Cabinet, les directeurs des organismes personnalisés, des projets des programmes et les représentants du niveau intermédiaire (IRS) parmi les revues du Ministère de la Santé il faut citer celles du PEV/SSP/ME et du Projet Santé Nutrition, PPSG. A l'instar de ces revues pourra être formalisée la revue du Programme de Prévention et Contrôle des Infections.

- **Le Niveau Régional**

Au niveau régional se tient le Comité Technique Régional de Santé qui a pour mission :

(i) D'assurer le suivi régulier ;
(ii) D'intégrer et de coordonner les activités développées par les différentes structures sanitaires de la région ;
(iii) D'évaluer la mise en œuvre des plans d'action de l'IRS et des DPS et leur réajustement au besoin ;
(iv) D'identifier les problèmes, contraintes et difficultés qui entravent le bon fonctionnement des services ;
(v) D'établir un ordre de priorités et de proposer des mesures correctives appropriées ;
(vi) De procéder au contrôle de l'exécution des budgets de toutes les formations sanitaires de la région ;
(vii) D'étudier les modalités de mise en œuvre des orientations stratégiques définies par le niveau central.

Les participants au CTRS sont : les chefs de service de l'inspection, les DPS, les Directeurs d'hôpitaux, les chefs des antennes régionales, un représentant de l'ordre des médecins et des associations professionnelles, un représentant des bailleurs de fonds, les coordonnateurs des ONG.

Le comité technique régional de la santé se tient tous les six mois.

- **Le niveau Préfectoral**

Au niveau préfectoral se tient le comité technique préfectoral de la santé qui a le même rôle qu'au niveau régional. En outre, le CTPS est chargé de :

(i) Procéder à l'évaluation la mise en œuvre des activités réalisées dans le plan d'action de la DPS et des structures sanitaires de la préfecture ;
(ii) Suivre l'évaluation des activités des centres de santé et de l'hôpital préfectoral et régional ;
(iii) De faire l'analyse et l'adoption des budgets du centre de santé de l'hôpital préfectoral, régional et faire leur suivi ;
(iv) Faire le bilan des activités de supervision ;

(v) Etudier les modalités de mise en œuvre des orientations définies par les niveaux central et intermédiaire.

Présidé par le Directeur Préfectoral, le CTPS regroupe le Directeur de l'hôpital préfectoral ou régional, l'équipe de la DPS, les chefs de services hospitaliers, l'agent administratif, le chargé des microréalisations, les chefs des centres de santé, les présidents et trésoriers des comités de gestion, les partenaires de terrain, représentants des ONG locales et étrangères et les représentants du secteur privé pharmaceutique. Le CTPS se tient à une périodicité semestrielle.

- **Le Niveau Sous-Préfectoral**

  Au niveau sous-préfectoral se tient la synthèse du monitorage qui a pour mission :

  (i) D'offrir un cadre de concertation entre les personnels de santé, les élus communautaires et les autorités administratives locales
  (ii) D'informer chacune de ces entités sur le fonctionnement du centre de santé ;
  (iii) De les faire participer à l'analyse des problèmes et à l'identification des mesures correctives ;
  (iv) De renforcer les capacités gestionnaires des agents et des communautés.

  Les participants à la synthèse du monitorage sont : le président de la Commune Rurale de Développement (CRD) de la sous-préfecture, les membres du comité de gestion, l'équipe technique du centre de santé, les chefs des postes de santé. Cette instance se tient tous les six mois.

  Les réunions mensuelles des comités de santé peuvent être également considérées comme une instance de coordination au niveau opérationnel. Elles permettront de faire : faire un suivi-évaluation régulier du plan d'action (au moins mensuel, trimestriel et annuel)

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'évaluation du tri des déchets biomédicaux

Etablissement:		Numéro de période*:		Numéro de session*:	
Service:		Date: (jj/mm/aa)	/ /	Observateur: (initiales)	
Unité:		Heure de début / de fin: (hh:mm)	: / :	Numéro de page:	
Département:		Durée de la session: (mm)		Ville**:	
Pays**:					

Opportunité	Type de DASRI	Actions	Cause de non-conformité
1	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI
2	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI
3	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI
4	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI
5	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI

6	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI
7	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI
8	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI
9	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI
10	☐ OPCT ☐ Autres DASRI	☐ Conforme ☐ Non Conforme	☐ = Conteneur non conforme ☐ =Distance > 1 mètre entre le lieu de production et le lieu d'élimination du DASRI

Annexe 2 : Tableaux de suivi des indicateurs

N®	INDICATEURS	VALEURS/ANNEE N				OBSERVATIONS
		N-1	N	N+1	N+2	
1	Indicateur 1					
2	Indicateur 2					
3	Indicateur 2					

Annexe 3 : Fiche de plan d'actions et le niveau d'exécution

Modèle de Compte rendu de réunion Comité d'Hygiène et de Sécurité

Lieu : **Date :** _ _/ _ _/ _ _ _ _

Nom de la structure : …….. Préfecture :…… Région :

Présents:

……
……
……

Excusés:

……
……

Ordre du jour :

……
……
……
……

Points Soulevés	Décisions ou Actions	Responsables	Echéance
			_ _/_ _/_ _ _ _
			_ _/_ _/_ _ _ _
			_ _/_ _/_ _ _ _
			_ _/_ _/_ _ _ _
			_ _/_ _/_ _ _ _
			_ _/_ _/_ _ _ _
			_ _/_ _/_ _ _ _

Prochaine Réunion

Date : _ _/ _ _ / _ _ _ _

Ordre du Jour : …… ……

…… ……

…… ……

Fait à…….. Le __ __ / __ __ / __ __ __ __

LE RAPPORREUR

LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE

Annexe 4 : grille d'observation de l'observance de l'hygiène des mains

Etablissement:		**Numéro de période*:**		**Numéro de session*:**	
Service:		**Date:** (jj/mm/aa)	/ /	**Observateur:** (initiales)	
Unité:		**Heure de début / de fin:** (hh:mm)	: / :	**Numéro de page:**	
Département:		**Durée de la session:** (mm)		**Ville**:**	
Pays:**					

Cat.prof.			Cat.prof.			Cat.prof.			Cat.prof.		
Code			Code			Code			Code		
Nombre			Nombre			Nombre			Nombre		
Opp.	**Indication**	**Action HM**	**Opp.**	**Indication**	**Action HM**	**Opp.**	**Indication**	**Action HM**	**Opp.**	**Indication**	**Action HM**
1	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	1	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	1	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	1	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants
2	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	2	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	2	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	2	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants
3	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	3	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	3	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	3	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants
4	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	4	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	4	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	4	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants
5	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	5	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	5	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	5	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants

6	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	**6**	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	**6**	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	**6**	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants
7	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	**7**	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	**7**	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	**7**	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants
8	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	**8**	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	**8**	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants	**8**	☐ av-pat. ☐ av-asept. ☐ ap-l.biol. ☐ ap-pat. ☐ ap.envir.	☐ frict. ☐ lav. ○0 act. ○gants

Recommandations générales

(Référence : Manuel Technique de Référence en Hygiène des Mains)

1. Dans le cadre d'observations directes des pratiques, l'observateur se présente au moment opportun auprès des professionnels et des patients, explique la raison de sa présence et propose d'emblée un échange informel sur les résultats de son observation en fin de session.
2. Les professionnels appartenant à l''une des quatre catégories (voir ci-dessous) sont observés au cours de leur activité auprès des patients.
3. Les données identifiées et observées sont inscrites au crayon à papier, facilitant la correction immédiate au besoin, à l'aide d'une gomme.
4. L'en-tête est complété avant de démarrer l'observation et le recueil des données (à l'exception de l'heure de fin et de la durée de la session).
5. La durée moyenne d'une session est de 20 minutes (± 10 minutes selon la séquence de soins observée); l'heure de fin et la durée de la session sont complétées une fois la session terminée.
6. L'observateur peut observer jusqu'à trois professionnels simultanément, pour autant que la densité d'opportunités de l'hygiène des mains le permette.
7. Chaque colonne de la grille de collecte des données est dédiée à une catégorie professionnelle. Les données relatives à un nombre illimité de professionnels d'une même catégorie sont introduites séquentiellement dans une même colonne. Chaque professionnel observé est dénombré par un trait vertical. Une autre alternative consiste à dédier une colonne à un seul professionnel dont la catégorie est mentionnée.
8. Dès qu'une indication de l'hygiène des mains est identifiée, l'observateur coche la case correspondante dans la colonne appropriée. L'opportunité est d'emblée comptée, à laquelle l'observateur rapporte l'action d'hygiène des mains observée ou manquée. Plusieurs indications peuvent s'appliquer à une même opportunité.
9. Chaque ligne de chaque colonne se réfère à une opportunité; chaque ligne est indépendante d'une colonne à l'autre.
10. Cocher les propositions dans les cases (plusieurs propositions peuvent s'appliquer à une opportunité) ou les cercles (seulement une proposition s'applique à l'opportunité).
11. Quand plusieurs indications coïncident en une opportunité, chacune doit être documentée en cochant les cases correspondantes.
12. L'action d'hygiène des mains réalisée ou manquée est toujours documentée lorsqu'elle s'applique à une opportunité.
13. L'usage des gants est documenté uniquement lorsque l'action d'hygiène des mains est manquée et que le professionnel porte des gants à ce moment.

Brève description des propositions

Etablissement :	compléter selon la nomenclature locale	
Service :	compléter selon la nomenclature locale	
Unité :	compléter selon la nomenclature locale	
Département :	compléter selon la nomenclature standardisée ci-dessous	
	médical ; y compris dermatologie, neurologie, hématologie, oncologie, etc.	chirurgie ; y compris neurochirurgie, urologie, ORL, ophtalmologie, etc.
	mixte (médical & chirurgical) ; y compris gynécologie	obstétrique ; y compris chirurgie relative
	pédiatrie ; y compris chirurgie relative	soins intensifs care & réanimation
	urgences	long séjour & réhabilitation
	ambulatoire ; y compris chirurgie relative	autre (spécifier)
Numéro de période :	1) pré- / 2) post-intervention; puis selon le compteur de l'établissement.	
Date :	jour (jj) /mois (mm) / année (aa)	
Heure de début/de fin :	heure (hh) / minute (mm)	
Durée de session :	différence entre l'heure de début et l'heure de fin, résultats en minutes d'observation	
Numéro de session :	attribué au moment de la saisie des données pour analyse	
Observateur :	initiales de l'observateur, responsable de la collecte des données et du contrôle de leur cohérence avant la soumission du formulaire à l'analyse	
Numéro de page :	ne mentionner que lorsque plusieurs feuilles sont utilisées au cours d'une session	
Cat(égorie) prof(essionnelle) :	selon la classification ci-dessous:	
	1. infirmier(e) / sage-femme	1.1 infirmier(e), 1.2 sage-femme, 1.3 étudiant(e).
	2. auxiliaire	
	3. médecin	3.1 en médecine interne, 3.2 chirurgien, 3.3 anesthésiste / réanimateur / médecin d'urgence, 3.4 pédiatre, 3.5 gynécologue, 3.6 consultant, 3.7 étudiant(e) en médecine.
	4. autre professionnel soignant	4.1 thérapeute (physiothérapeute, ergothérapeute, audiologue, logopédiste), 4.2 technicien (en radiologie, en cardiologie, en salle d'opération, laborantin(e), etc.), 4.3 autre (diététicien, professionnel en dentisterie, assistant(e) social(e) et tout autre professionnel(le) impliqué dans les soins), 4.4 étudiant(e)
Nombre :	nombre de professionnels observés appartenant à la même catégorie ou sous-catégorie professionnelle (code identique) et entrant dans le champ des observations	
Opp(ortunité) :	défini par une indication de l'hygiène des mains au moins	
Indication :	raison motivant l'action d'hygiène des mains; toutes les indications qui s'appliquent à un même moment sont documentées	
	av-pat.: avant de toucher un patient	ap-l.biol.: après un risque d'exposition à un liquide biologique
	av-asept.: avant un geste aseptique	ap-pat.: après avoir touché un patient
		ap-envir.: après avoir touché l'environnement d'un patient
Action HM :	réponse à une indication; l'action est soit réalisée par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau, soit elle est manquée	
	frict.: action par friction hydro-alcoolique lavage: action par lavage au savon et à l'eau	0 act.: action manquée

Formulaire d'Observation – Calculs d'observance de base

	Etablissement :						Numéro de période :			Lieu de l'observation :					
	Cat.prof.			Cat.prof.			Cat.prof.			Cat.prof.			Total par session		
Numéro de session	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)	Opp (n)	lav. (n)	frict. (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
total															
Calculs	Opp (n) = / Act (n)=			Opp (n) = / Act (n)=			Opp (n) = / Act (n)=			Opp (n) = / Act (n)=			Opp (n) = / Act (n)=		
Observance															

$$\text{Observance (\%)} = \frac{\text{Actions}}{\text{Opportunités}} \times 100$$

Instructions pour l'utilisation du formulaire

1. Identifier le lieu (établissement, département, service ou unité) qui détermine le champ d'analyse et le reporter dans le formulaire de calculs les données collectées dans ce lieu.
2. Contrôler les données du formulaire d'observation. Toute action d'hygiène des mains en l'absence d'information sur son indication n'est pas prise en compte et inversement.
3. Reporter le numéro de session du formulaire d'observation au formulaire de calcul, ainsi que les données qui s'y rapportent. L'attribution du numéro de session valide la prise en compte des données dans les calculs.
4. Résultats par catégorie professionnelle et par session (vertical) :
   - 4.1 Additionner les opportunités comptabilisées (opp) par catégorie professionnelle dans le formulaire d'observation et reporter la somme dans la cellule correspondante.
   - 4.2 Additionner les actions réalisées et en lien avec le total des opportunités comptabilisées ci-dessus, en différenciant les actions réalisées par friction (frict.) des actions réalisées par lavage (lav) : reporter leur somme dans les cellules correspondantes.
   - 4.3 Procéder de la même manière pour reporter les données de chaque session d'observation dans le lieu identifié.
   - 4.4 Additionner les sommes de chaque catégorie professionnelle de ce formulaire de calcul, insérer le total dans la formule, et calculer le taux d'observance (en pourcent).
5. L'addition des résultats de chaque ligne permet d'obtenir les résultats d'observance globale (en bas de la colonne de droite).

Source : Manuel Technique de Référence A l'attention des professionnels soignants, des formateurs et des observateurs des pratiques d'hygiène des mains, 2010.

Annexe 5 : Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

1. Le changement de système

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
1.1 Un produit hydro-alcoolique est-il facilement accessible dans votre établissement ? **Choisir une seule réponse**	Pas disponible	0	→ Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins → Protocole d'Evaluation de la Tolérance cutanée et de l'Acceptabilité d'un Produit hydro–alcoolique en usage ou à introduire: Méthode 1 → Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains II.
	Disponible, mais l'efficacité[1] et la tolérance[2] n'ont pas été démontrées	0	
	Disponible dans quelques unités de soins ou approvisionnement discontinu (efficacité[1] et tolérance2 démontrées)	5	
	Disponible dans l'ensemble de l'établissement et approvisionnement continu (efficacité[1] et tolérance[2] démontrées)	10	
	Disponible dans l'ensemble de l'établissement et approvisionnement continu sur le lieu de soins[3] dans la majorité des unités de soins (efficacité[1] et tolérance[2] démontrées)	30	
	Disponible dans l'ensemble de l'établissement et approvisionnement continu sur chaque lieu de soins[3] (efficacité[1] et tolérance[2] démontrées)	50	
1.2 Quel est le ratio lavabo : lit ? **Choisir une seule réponse**	Moins de 1:10	0	→ Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins → Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains II.1
	Au moins 1:10 dans la plupart des unités de soins	5	
	Au moins 1:10 dans l'ensemble de l'établissement et 1:1 dans les chambres individuelles et de soins intensifs	10	
1.3 L'alimentation en eau propre et courante[4] est-elle continue ?	Non	0	
	Oui	10	
1.4 Du savon[5] est-il disponible à chaque lavabo ?	Non	0	
	Oui	10	
1.5 Des essuie-mains à usage unique sont-ils disponibles à chaque lavabo ?	Non	0	
	Oui	10	
1.6 Un budget est-il prévu et alloué pour l'approvisionnement en produits nécessaires à l'hygiène des mains (par exemple : solution pour la friction hydro-alcoolique des mains) ?	Non	0	
	Oui	10	

Question subsidiaire: Plan d'action

Répondez à cette question UNIQUEMENT si le score est inférieur à 100 pour les questions de 1.1 à 1.6 : Un plan d'action réaliste est-il prêt pour améliorer les infrastructures6 dans votre établissement ?	Non	0	→ Planification et Evaluation du Coût de Production locale d'un Produit hydro–alcoolique → Guide de Production Locale : Formulations de Produits hydro–alcooliques recommandées par l'OMS → Guide de Mise en Œuvre II.1
	Oui	5	
	Sous-total : Le changement de système	**/100**	

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

2. L'éducation et la formation

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
2.1 Concernant la formation des professionnels soignants dans votre établissement :			
2.1a A quelle fréquence les professionnels soignants sont-ils formés en hygiène des mains[7] dans votre établissement ? **Choisir une seule réponse**	Jamais	0	→ Diapositives pour les Sessions de Formation des Formateurs, Observateurs et Professionnels médico-soignants → Films didactiques sur les Indications et Pratiques de l'Hygiène des Mains et diapositives d'accompagnement → Modèle de Présentation pour le Coordinateur → Hygiène des Mains: Manuel technique de Référence → Brochure – Hygiène des Mains : Pourquoi, Comment et Quand → Guide de Mise en Œuvre II.2
	Au moins une fois	5	
	Formation régulière des médecins et des infirmiers/ères, ou des professionnels soignants de toutes les catégories (au moins une fois par an)	10	
	Formation obligatoire des professionnels soignants de toutes les catégories à l'engagement puis formation continue régulière (au moins une fois par an)	20	
2.1b Une structure est-elle en place pour enregistrer les professionnels qui ont suivi la formation ?	Non	0	
	Oui	20	
2.2 Les documents de l'OMS suivants (disponibles à http://www.who.int/gpsc/5may/tools/fr/index.html), ou leurs adaptations locales, sont-ils à disposition des professionnels soignants ?			→ Guide de Mise en Œuvre II.2
2.2a Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins	Non	0	→ Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins
	Oui	5	
2.2b Hygiène des Mains: Manuel technique de Référence	Non	0	→ Hygiène des Mains: Manuel technique de Référence
	Oui	5	
2.2c Brochure – Hygiène des Mains : Pourquoi, Comment et Quand	Non	0	→ Brochure – Hygiène des Mains : Pourquoi, Comment et Quand
	Oui	5	
2.2d Fiche d'Information sur l'Usage des Gants	Non	0	→ Fiche d'Information sur l'Usage des Gants
	Oui	5	
2.3 Un professionnel formateur avec les compétences nécessaires[8] pour mener le programme de formation en hygiène des mains est-il disponible dans l'établissement ?	Non	0	→ *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* → Hygiène des Mains: Manuel technique de Référence → Films didactiques sur les Indications et Pratiques de l'Hygiène des Mains et diapositives d'accompagnement → Guide de Mise en Œuvre II.2
	Oui	15	
2.4 Un programme de formation et de validation des observateurs est-il en place ?	Non	0	
	Oui	15	
2.5 Un budget est-il dédié, qui permette la formation en hygiène des mains ?	Non	0	→ Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins –Sensibilisation à l'Hygiène des Mains → Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins – Communication sur les Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains → Modèle de Plan d'Action → Guide de Mise en Œuvre II.2 and III.1 (page 33)
	Oui	10	
	Sous-total pour : L'éducation et la formation	**/100**	

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

3. Les évaluations et la restitution des résultats

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
3.1 Des audits réguliers (au moins une fois par année) sont-ils menés pour évaluer la disponibilité du produit hydro-alcoolique, du savon, d'essuie-mains à usage unique et autre matériel nécessaire à l'hygiène des mains ?	Non	0	→ Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins → Guide de Mise en Œuvre II.3
	Oui	10	
3.2 La connaissance des professionnels soignants sur les sujets suivants est-elle évaluée au moins une fois pas année (par exemple après la session de formation) ?			
3.2a. Les indications de l'hygiène des mains	Non	0	→ Questionnaire sur les Connaissances du Personnel soignant de l'Hygiène des Mains → Guide de Mise en Œuvre II.3
	Oui	5	
3.2b. La technique appropriée de l'hygiène des mains	Non	0	
	Oui	5	
3.3 Méthodes indirectes de surveillance de l'observance à l'hygiène des mains			
3.3a La consommation de produit hydro-alcoolique est-elle évaluée régulièrement (au moins une fois par trimestre) ?	Non	0	→ Questionnaire sur les Connaissances du Personnel soignant de l'Hygiène des Mains → Guide de Mise en Œuvre II.3
	Oui	5	
3.3b La consommation de savon est-elle évaluée régulièrement (au moins une fois par trimestre) ?	Non	0	
	Oui	5	
3.3c La consommation de produit hydro-alcoolique est-elle d'au moins 20L par 1000 jours-patients ?	Non (ou non mesuré)	0	
	Oui	5	
3.4 Méthode directe de surveillance de l'observance à l'hygiène des mains Cette rubrique est complétée uniquement si des observateurs sont formés et validés à l'observation selon la méthodologie basée sur l'approche des « 5 Indications de l'Hygiène des Mains » proposée par l'OMS (ou similaire) dans votre établissement			
3.4a A quelle fréquence les enquêtes d'observance par observation directe selon la méthodologie OMS (ou similaire) sont-elles conduites ? **Choisir une seule réponse**	Jamais	0	→ Formulaire d'Observation et Formulaire de Calcul de l'Observance → Hygiène des Mains : Manuel technique de Référence → Guide to Implementation II.3
	Irrégulièrement	5	
	Une fois pas an	10	
	Tous les 3 mois ou plus souvent	15	
3.4b Quel est le taux d'observance global calculé à partir des observations directes menées selon la méthodologie OMS (ou similaire) dans votre établissement ? **Choisir une seule réponse**	≤ 30%	0	→ Guide to Implementation II.3 → Formulaire d'Observation et Formulaire de Calcul de l'Observance → Outils de Saisie et d'Analyse des Données → Instructions pour la Saisie et l'Analyse des Données → Logiciel *Epi Info*™ [9] → Trame pour la Synthèse et le Rapport des Résultats d'Evaluations
	31 – 40%	5	
	41 – 50%	10	
	51 – 60%	15	
	61 – 70%	20	
	71 – 80%	25	
	≥ 81%	30	
3.5 Restitution			
3.5a **Restitution immédiate de l'information** La restitution immédiate aux professionnels soignants observés est-elle pratiquée au terme de chacune des sessions d'observation ?	Non	0	→ Guide de Mise en Œuvre II.3 → Formulaire d'Observation et Formulaire de Calcul de l'Observance
	Oui	5	
3.5b **Restitution systématique** Une restitution d'information en lien avec les indicateurs de l'hygiène des mains et les tendances au cours du temps est-elle pratiquée régulièrement (au moins une fois par semestre):			→ Trame pour la Synthèse et le Rapport des Résultats d'Evaluations → Guide de Mise en Œuvre II.3
3.5b.i Pour les professionnels soignants ?	Non	0	
	Oui	7.5	
3.5b.ii Pour les équipes de directions ?	Non	0	
	Oui	7.5	
	Sous-total pour : Les évaluations et la restitution des résultats	**/100**	

9. Epi InfoTM: Ce logiciel peut être téléchargé, sans frais, à partir du site web du CDC (http://www.cdc.gov/epiinfo/)

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

4. Les rappels sur le lieu de travail

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
4.1 Les affiches suivantes (ou autres affiches produites localement au contenu similaire) sont-elles exposées ?			→ Guide de Mise en Œuvre II.4
4.1a Affiche décrivant les indications de l'hygiène des mains **Choisir une seule réponse**	Pas exposée	0	→ Affiche : Les 5 Indications de l'Hygiène des Mains
	Exposée dans quelques unités de soins et salles de traitement	15	
	Exposée dans la plupart des unités de soins et salles de traitement	20	
	Exposée dans toutes les unités de soins et salles de traitement	25	
4.1b Affiche décrivant la friction hydro-alcoolique **Choisir une seule réponse**	Pas exposée	0	→ Affiche : La Friction hydro–alcoolique : Comment
	Exposée dans quelques unités de soins et salles de traitement	5	
	Exposée dans la plupart des unités de soins et salles de traitement	10	
	Exposée dans toutes les unités de soins et salles de traitement	15	
4.1c Affiche décrivant le lavage des mains **Choisir une seule réponse**	Pas exposée	0	→ Affiche : Le Lavage des Mains : Comment
	Exposée dans quelques unités de soins et salles de traitement	5	
	Exposée dans la plupart des unités de soins et salles de traitement	7.5	
	Exposée près de chaque lavabo dans toutes les unités de soins et salles de traitement	10	
4.2 A quelle fréquence un audit des affiches est-il mené, pour identifier les besoins en renouvellement en cas de dommage et disparition ? **Choisir une seule réponse**	Jamais	0	→ Guide de Mise en Œuvre II.4
	Au moins une fois par an	10	
	Tous les 2-3 mois	15	
4.3 La promotion de l'hygiène des mains est-elle soutenue par l'affichage de messages régulièrement renouvelés et actualisés et autres que ceux mentionnés ci-dessus?	Non	0	→ Guide de Mise en Œuvre II.4
	Oui	10	
4.4 Les dépliants d'information sur le "quand" et le "comment" de l'hygiène des mains sont-ils disponibles dans les unités de soins ?	Non	0	→ Dépliant : Hygiène des mains : Quand et Comment → Guide de Mise en Œuvre II.4
	Oui	10	
4.5 D'autres rappels que les affiches sont-ils disponibles sur les lieux de travail dans votre établissement (par exemple: écran de veille, badges, autocollants, etc.) ?	Non	0	→ Ecran de veille : **SAVE LIVES:** Clean **Your** Hands → Guide de Mise en Œuvre II.4
	Oui	15	
	Sous-total pour: Les rappels sur le lieu de travail	**/100**	

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

5. La culture institutionnelle de la sécurité

Question	Réponse	Score	Outil OMS de mise en œuvre
5.1 Concernant l'équipe dédiée à la promotion et la mise en œuvre des pratiques optimales d'hygiène des mains[10]:			→ Guide de Mise en Œuvre II.5
5.1a Une telle équipe existe-t-elle ?	Non	0	
	Oui	5	
5.1b Cette équipe se réunit-elle régulièrement (au moins une fois par mois) ?	Non	0	
	Oui	5	
5.1c Les membres de cette équipe ont-ils un temps de travail accordé pour mener les activités (par exemples : enseignement, surveillance des pratiques d'hygiène des mains, organisation de nouvelles activités) ?	Non	0	
	Oui	5	
5.2 Les membres de la direction de l'établissement se sont-ils clairement engagés à soutenir les activités de promotion de l'hygiène des mains (par exemple: engagement publique écrit ou oral auprès des professionnels soignants) ?			→ Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins – Sensibilisation à l'Hygiène des Mains → Modèle de lettre à l'attention des directions d'établissements de soins – Communication sur les Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains → Guide de Mise en Œuvre II.5
5.2a Directeur/trice général/e	Non	0	
	Oui	10	
5.2b Directeur/trice médical/e	Non	0	
	Oui	5	
5.2c Directeur/trice de soins	Non	0	
	Oui	5	
5.3 Un plan d'action clair pour la promotion de l'hygiène des mains à l'occasion du 5 mai (Initiative annuelle: Save Lives Clean Your Hands) est-il établi ?	Non	0	→ Durabilité de l'Amélioration – Activités complémentaires pour les Etablissements de Soins → Guide de Mise en Œuvre II.5
	Oui	10	
5.4 Un processus pour l'identification de personnes dans toutes les disciplines et à la tête de l'hygiène des mains est-il en place ?			
5.4a Un système pour la désignation de champions de l'hygiène des mains[11]	Non	0	
	Oui	5	
5.4b Un système de reconnaissance et d'utilisation des professionnels modèles (*role model*)[12]	Non	0	
	Oui	5	
5.5 Concernant l'engament du patient pour la promotion de l'hygiène des mains:			→ Conseils pour l'Engagement des Patients et des Organisations de Patients en faveur des Initiatives de Promotion de l'Hygiène des Mains → Guide de Mise en Œuvre II.5
5.5a Les patients sont-ils informés de l'importance de l'hygiène des mains (par dépliant, par exemple) ?	Non	0	
	Oui	5	
5.5b Un programme pour l'implication des patients est-il formellement mis en place ?	Non	0	
	Oui	10	
5.6 Des initiatives locales existent-elles pour le soutien pérenne de la promotion de l'hygiène des mains ? Par exemple :			→ Durabilité de l'Amélioration – Activités complémentaires pour les Etablissements de Soins → Guide de Mise en Œuvre II.5
5.6a Supports de formation continue à distance (*e-learning*)	Non	0	
	Oui	5	
5.6b Un objectif relatif à l'hygiène des mains annoncé et à atteindre chaque année	Non	0	
	Oui	5	
5.6c Processus de responsabilisation individuelle[13]	Non	0	
	Oui	5	
5.6d Processus pour le partage des données fiables relatives à l'expérimentation d'innovations dans l'établissement	Non	0	
	Oui	5	
5.6e Communications régulières sur le sujet de l'hygiène des mains (bulletins d'informations, réunions de services)	Non	0	
	Oui	5	
5.6f Encadrement systématique, sous forme de binôme[14] pour tout professionnel soignant nouvellement engagé	Non	0	
	Oui	5	
	Sous-total pour: La culture institutionnelle de la sécurité	**/100**	

Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins 2010

Interprétation: un processus en 4 étapes

1.
Additionner les points enregistrés.

Score	
Elément de la stratégie	**Sous-total**
1. Le changement de système	
2. L'éducation et la formation	
3. Les évaluations et la restitution des résultats	
4. Les rappels sur le lieu de travail	
5. La culture institutionnelle de la sécurité	
Total	

2.
Déterminer le niveau en hygiène des mains pour votre établissement.

Score total compris entre	Niveau en hygiène des mains
0 - 125	Inadéquat
126 - 250	Basique
251 - 375	Intermédiaire (programme d'établissement en voie de consolidation)
376 - 500	Avancé (programme d'établissement solidement ancré)

3.
Si votre établissement a atteint le niveau « Avancé », vous pouvez compléter la section ci-dessous.

Si non, poursuivre l'étape 4.

4.
Revue des domaines identifiés par l'évaluation nécessitant des améliorations dans votre établissement, ainsi que le développement d'un plan d'action pour y remédier (en commençant par l'utilisation des outils de promotion de l'OMS)

Source : Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins, 2010.

Annexe 6 : Fiche de consommation de la SHA

Calcul de l'Indicateur de Consommation en Solution Hydro-alcoolique (ICSHA), à partir des données du monitorage semestriel national.

Normes définies (1) comme volume attendu de consommation de SHA:
- 1 friction de SHA = 3 ml - Accouchement par jour et par patient : 8 frictions soit 24 ml - Hospitalisation par jour et par patient : 6 frictions soit 18 ml - Consultation par jour et par patient : 2 frictions soit 6 ml

Volume total en litre de SHA consommée sur le semestre

---------- = x 100 (%)

Nbre de j d'hospitalisation sur le semestre x 0,018 + nbre d' accouchements réalisés sur le semestre x 0,024 + nbre de consultations réalisées sur le semestre x 0,006

Le résultat obtenu permet de classer l'établissement en fonction du volume consommé attendu de SHA, de E (insuffisant) à A (excellent).

Définition des classes ICSHA:

E<10% ≤ D<30% ≤ C<70% ≤ B<90% ≤ A

(1)Les normes ont été définies en fonction du contexte actuel socio-économique du pays à ce jour. Elles sont susceptibles d'évoluer en fonction de ce dernier.

Calcul de L'ICSHA version 1 – Guinée – 20017 – Expertise France

Annexe7 : Quick-audits pour le respect de port de gang selon le standard

QUICK-AUDIT SUR LE PORT DE GANTS

Etablissement : **Service :** **Date :** **Observateur :**

Obs	Profession	Statut	Les gants sont portés	Les gants sont retirés		Hygiène des mains	
	Medecin : **1** S Femme : **2** Infirmier : **3** ATS : **4**	Titulaire : **T** Contractuel : **C** Stagiaire : **S**	**Avant contact** avec une peau saine : **1** **Avant contact** avec un liquide biologique : **2** **Avant utilisation** d'un OPCT (aiguille) : **3** **Autre : 4**	**Dès la fin de l'acte** **Oui : 0** **Non : N**	**Eliminés directement** dans la poubelle à déchets contaminés **Oui : 0** **Non : N**	**Avant le port des gants** **Oui : 0** **Non : N** Si oui avec lavage des mains eau + savon : **1** Friction avec SHA : **2** Eau chlorée : **3**	**Après le retrait des gants** **Oui : 0** **Non : N** Si oui avec lavage des mains eau + savon : **1** Friction avec SHA : **2** Eau chlorée : **3**

Expertise France – Twin 2h – 2017-

Annexe 8 : Quick-audits pour le respect de port de masque selon le standard

LE PORT DU MASQUE CHIRURGICAL AU BLOC OPERATOIRE

SERVICE / BLOC : **Date :** **Nom de l'auditeur :**

N° d'ordre	Dates	Nombre de personne dans la salle d'opération	Nombre de personne portant le masque	Le masque couvre le nez et la bouche		Nom du point focal	Commentaires
				OUI	NON		

EXPERTISE FRANCE

LE PORT DU MASQUE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

Nom et prénom de l'auditeur : **Date :**

N° d'ordre	Dates	Port du masque lors d'une ou d'un						Le masque couvre le nez et la bouche		Nom et prénom du meneur de l'acte	Commentaires
		Accouchement		Révision utérine		Toucher vaginal					
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

Le médecin hygiéniste **Le coordonnateur du CHS**

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. .IPC/WASH indicator in the context of early recovery. REPORT OF THE COMMON INDICATORS SCOPING PROJECT -SUPPORTING IPC AND WASH IN,GUINEA, LIBERIA AND SIERRA LEONE, Draft version 8, January 2016.
2. Center for Disease Control an Prevention. (2012). Developping an effective Evaluation Plan. Atlanta.
3. Center for Disease control an Prevention. (2008). Introduction to Process evaluation inTobacco Use Prevention and control. Atlanta.
4. Espace Régional de Santé Publique Rhône-Alpes. (2008). L'EVALUATION EN 9 ETAPES. LYON.
5. F, N. (2006). Petit Guide l'évaluation en promotion de la santé . Paris: Mutualité FFrançaise.
6. F.-P., G. (2013). http://www.ccnpps.ca/100/Pu. Consulté le 05 2015
7. Fond Mondial. (2011). GUIDE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION Lutte contre le VIH : Lutte contre la tuberculose, le paludisme et renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires (éd. 4).
8. Mansour Z, P. H. (2005). Méthodologie évaluation d'action de ou de programmes de santé publique. Marseille: CRES PACA.
9. Ministére de la Santé et de l' Hygiène Publique. (2015). Plan d'Action Opérationnel. Conakry.
10. Ministére de la Santé et de l'hygiéne Publique . (2013, Août). Politique Nationale d'Assurance qualité, de sécurité des Patients et de Gestion des Risques dans les Etablissement de Santé. Conakry, Guinée.
11. Ministére de la Santé et de l'hygiène publique. (2003). Plan de développemnt Saniraire 2003-2012. Conakry.
12. Ministére de la Santé et de l'Hygiéne publique Guinéen. (2006). Etude sur l'actualisation de la carte sanitaire en integrant le secteur privé. Ministére de la Santé et de l'Hygiéne publique Guinéen, Cellule d'Appui au Programme Nationale de Dveloppement Sanitaire, Conakry.
13. Office National de Nutrition . (2012). Plan de suivi et évaluation de la lutte contre la malnutrition à Madagascar 2012-2015. Antananarivo.
14. Office National de Nutrition. (2012). Plan de Suivi Et Evaluation de la lutte contre la malnutrition à Madagascar 2012-2015. Antananarivo, Madagascar.
15. Organisation Mondiale de la Santé. (2002). PROTOCOLE D'ÉVALUATION DES SYSTÈMES NATIONAUX DE SURVEILLANCE ET DE RIPOSTE CONCERNANT LES MALADIES TRANSMISSIBLES: DIRECTIVES POUR LES ÉQUIPES D'ÉVALUATION. Genéve.
16. Organisation Mondiale de la Santé. Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins, 2010. Disponible sur: http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_fr.pdf?ua=1
17. Organisation Mondiale de la Santé. (2011). Patient Safety Curriculum Guide: Multi- professional Edition. Genéve.
18. Organisation Mondiale de la Santé. Hygiène des Mains : Manuel Technique de Référence A l'attention des professionnels soignants, des formateurs et des observateurs des pratiques d'hygiène des mains, 2010. Disponible sur: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/gpsc_hhtool_TRM_2010_40_fr.pdf?ua=1
19. Organisation Mondiale de la Santé.Guide de Mise en OEuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains, 2010. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70478/1/WHO_IER_PSP_2009.02_fre.pdf
20. Programme de Nations Unis pour le Développement PNUD. (2009). Guide de la plannification, du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats du développement. (S. Kéjaïri, Trad.) New York, Etats Unis D'Amérique: A.K. Office Supplies.
21. Vandorne C, J. F.-H. (2007). Education pour la Santé, les défis de l'évaluation. La Santé de l'homme (390), 155.
22. Organisation Mondiale de la Santé. Résumé des Recommandations de l'OMSpour l'Hygiène des Mains au cours des Soins, 2010. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70469/1/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf.
23. Ministère de la santé. Standard de performance pour les mesures de prévention des infections, 2014.

24. Programme des nations unies pour le développement (PNUD). Guide de la planification, du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats du développement, 2009. Disponible sur : http://web.undp.org/evaluation/handbook/french/docments/pme-handbook_fr.pdf.

Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de l'Hygiène Hospitalière
MINISTERE DE LA SANTE
CONAKRY, REPUBLIQUE DE GUINEE.